

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: COMO ANDA ESSA PRÁTICA?

HEALTH EDUCATION: WHAT'S NEW IN THIS PRACTICE?

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CÓMO ES ESTA PRÁCTICA?

Bruna Amaral Mattos¹, Marcela Bruna Valjão Figueiredo², Jomara Brandini Gomes³, Renilda Rosa Dias⁴

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis têm sido responsáveis por elevado índice do total das mortes por causa conhecida, destacando-se o Diabetes Melito e a Hipertensão Arterial Sistêmica. A Educação em Saúde possibilita a adoção de hábitos saudáveis de vida. Objetivou-se contextualizar a prática da Educação em Saúde realizada pela equipe multiprofissional de uma Estratégia Saúde da Família voltada aos diabéticos e hipertensos da área de abrangência. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quanti-qualitativa. Foram sujeitos 13 profissionais de saúde, para os quais se

descreveu o perfil e verificou-se: a capacitação, forma de participação, modalidades, bem como dificuldades e pontos positivos para a realização de ações educativas. A análise temática dos discursos possibilitou a identificação de categorias de significados: 1) Dificuldades para a realização de Educação em Saúde; 2) Aspectos positivos considerados pelos profissionais em relação às ações educativas em saúde e; 3) Outras percepções sobre Educação em Saúde na prática profissional. Concluiu-se ser necessária melhor infraestrutura, capacitação e disponibilização de tempo aos profissionais para que a realização das ações de Educação em Saúde seja uma realidade vislumbrando mudanças de atitudes.

Descritores: Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Capacitação.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus de Três Lagoas, Bolsistas do PET-SAÚDE/CPTL.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus de Três Lagoas, Bolsistas do PET-SAÚDE/CPTL. E-mail: marcelafigueiredo_868@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus de Três Lagoas. Colaboradoras do PET-SAÚDE / CPTL. E-mail: jomarabgomes@gmail.com

⁴ Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus de Três Lagoas. Colaboradoras do PET-SAÚDE / CPTL. E-mail: rerodia@ig.com.br

ABSTRACT

The Chronic Non-Communicable Diseases have been responsible for the high index of the total of deaths by known cause, highlighting the diabetes mellitus and the systemic arterial hypertension. The Health Education enables the adoption of healthy habits in life. The objective of this study was to contextualize the practice of Health Education done by the multi-professional teams of a Family Health Strategy come back toward the diabetics and hypertensive patients of the catchment areas. It is about an exploratory, descriptive study of a quali-quantitative approach. Thirteen healthy professionals were the subject of this research to which was described the profile and checked: the capacity, way of participation, modalities, as well as difficulties and positive points to the accomplishment of educational actions. The thematic analyzes of the discourses allowed the identification of meaning categories: 1. Difficulties to make Health Education; 2. Positive aspects considered by the professionals related to the educational actions in Health; and; 3. Other perceptions in Health Education in the professional practice. It was concluded to be necessary better

infrastructure, capacity and time release to the professionals to achieve the actions so that Health Education is a reality glimpsing the changes of attitudes.

Keywords: Health Education; Family Strategy Health; Capacity.

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) han sido responsables por la alta tasa total de muertes con causa conocida, sobre todo la Diabetes Mellitus y la Hipertensión. La Educación en Salud permite la adopción de estilos de vida ativos. El presente estudio de carácter descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo tuvo como objetivo contextualizar la práctica de la Educación en Salud llevada a cabo por un equipo multiprofesional de una Estrategia de Salud Familiar dirigida a los diabéticos e hipertensos de la área de cobertura. Fueran encuestados 13 profesionales de salud para los cuales ha descrito el perfil y mostrado: la capacitación, formas de participación, modalidades, y también las dificultades y aspectos positivos hacia la realización de actividades educativas. El análisis temático de los discursos permitió la identificación de categorías de

significados: 1) Dificuldades para la realización de la Educación en Salud; 2) Aspectos positivos considerados por los profesionales en lo referente a las acciones educativas en salud y; 3) Otras opiniones de Educación en Salud en el práctica profesional. Concluye que sean necesarias mejor infraestructura, capacitación y disponibilidad de tiempo a los profesionales para llevar a cabo las acciones hacia una educación en salud que cambia las actitudes.

Descriptor: Educación en Salud, Estrategia de Salud Familiar, Capacitación.

1. INTRODUÇÃO

Em epidemiologia, o estilo de vida é um conjunto de comportamentos ou atitudes que as pessoas desenvolvem que às vezes são saudáveis e outras vezes são nocivos para a saúde.

Nos países desenvolvidos, os estilos de vida pouco saudáveis são os que causam a maioria das enfermidades, especialmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

No Brasil a prevalência das DCNTs está crescente em decorrência de fatores relacionados à biologia humana e o estilo de vida inadequado, acarretando no aumento das estatísticas

de morbidade e mortalidade por causas evitáveis, provocando impactos que comprometem e ameaçam: custos financeiros, a qualidade de vida, ao sistema de saúde, aos portadores e seus familiares, à sociedade em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNTs respondam por 58,5 % do total das mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNTs foram responsáveis por 62,8% do total das mortes por causa conhecida, destacando-se o Diabetes Melito (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre as principais. O acometimento é de todo o ciclo de vidas, ou seja, desde crianças, adolescentes, adultos e idosos com predisposição e expostos aos fatores de risco.¹

Nos dias atuais, já existe consenso de que o estilo de vida representa fator determinante para uma vida saudável, destacando-se a importância dos investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças sendo que, para que essas condições sejam viabilizadas, torna-se indispensável o recurso estratégico da Educação em Saúde voltada aos usuários do sistema.

Educação em Saúde é um campo de práticas e de conhecimentos do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população.² Compreende-se a Educação em Saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade na aquisição de informação, educação sanitária e aperfeiçoamento das atitudes indispensáveis para uma vida saudável.³

A Educação em Saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais dessa área, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes de processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.⁴

Diferentes concepções e práticas tem marcado a história da Educação em Saúde no Brasil, mas, até a década de 70, esta foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de Educação em

Saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde.²

Hoje, critica-se a concepção positivista, na qual a Educação em Saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas.

Transformando a concepção prescritiva e autoritária da Educação em Saúde, o princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.⁵

As considerações apresentadas denotam a importância da implementação de ações voltadas à Educação em Saúde das pessoas acometidas por Diabetes Melito e Hipertensão Arterial Sistêmica, DCNTs com alta incidência e prevalência na população três-lagoense.

No entanto, frente ao exposto, emergem as seguintes questões: Estão os profissionais de saúde capacitados para o exercício da Educação em Saúde nos moldes atualmente preconizados pelo Ministério da Saúde? Ações educativas voltadas à promoção da saúde dos diabéticos e hipertensos estão sendo realizadas na Estratégia Saúde da Família no município de Três Lagoas? Quais tipos de ações educativas em saúde estão sendo realizados?

Em busca de respostas a esses questionamentos, objetivou-se contextualizar a prática da Educação em Saúde realizada pela equipe multiprofissional que atua em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Três Lagoas, MS, com foco nos grupos de diabéticos e hipertensos da área de abrangência.

PROCEDIMENTOS

METODOLÓGICOS

Este estudo integra a pesquisa intitulada Atenção integral à saúde de pessoas com doença crônica: diabetes e hipertensão, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme Parecer nº 256.591, de 14 de março de 2013.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quanti-qualitativa, realizado no município de Três Lagoas, Estado de Mato Grosso do Sul, especificamente na ESF Vila Haro.

Três Lagoas é um município localizado ao extremo Leste no Estado de Mato Grosso do Sul, com população total de pouco mais de 101 mil habitantes. Integra uma das macrorregiões pelo processo de Regionalização de acordo com a Resolução 075/SES/MS, sendo referencia para 10 municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, responsabilizando-se por mais de 250 mil pessoas. As equipes de estratégia Saúde da Família são constituídas pelos profissionais Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Dentistas, Médicos e pessoal administrativo.

A atenção à saúde é ofertada tanto na Unidade Básica de Saúde da

Família quanto nos domicílios e outros locais como creches, escolas, igrejas, enfim. As práticas se dão conforme o perfil epidemiológico de cada área de Saúde da Família, levando-se em consideração a priorização de situações de risco determinadas pela faixa etária (extremos: infantil e idoso); grupos específicos (crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos), existência de doenças infecto-contagiosas como a Hanseníase, a Tuberculose e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); entre outros como o Diabetes melito e a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A ESF Vila Haro é uma das unidades da rede municipal de atenção à saúde, com horário de atendimento das 6h às 17h, de segunda à sexta feira, exceto feriados. Na referida unidade, existem cadastrados: 154 usuários diabéticos, sendo insulino dependentes 27 deles e 527 usuários acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica. A equipe multiprofissional da referida unidade de saúde é composta por 25 elementos, sendo: 2 Dentistas, 2 Enfermeiras, 1 Farmacêutico, 2 Médicos, 4 Técnicos de Enfermagem, 1 Técnico de Higiene Bucal, 1 Auxiliar de Farmácia, 2 Agentes Administrativos, 9 Agentes Comunitários de Saúde e 1 Auxiliar de Limpeza. Os 2 Agentes

Administrativos e a Auxiliar de Limpeza foram excluídos por não assumirem funções relacionadas à Educação em Saúde dos usuários.

Foram sujeitos do estudo 13 profissionais que concordaram em participar, após terem sido informados sobre a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos 9 profissionais, dos quais 2 estavam em período de férias, 1 em afastamento para tratamento de saúde, 3 que não quiseram participar e 3 por não terem sido localizados no período da coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de um questionário previamente validado junto a profissionais da equipe de outra ESF do município, questionário este que contempla informações quantitativas e qualitativas relacionadas aos sujeitos do estudo.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente utilizando-se de frequência absoluta e percentual. Os discursos coletados nas respostas dos sujeitos foram compilados por meio da Análise de Conteúdo, que é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa.⁶ Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, várias técnicas

podem ser utilizadas. Dentre elas, a Análise Temática mostrou-se viável aos propósitos da pesquisa realizada.

A Análise Temática foi realizada por operações de desmembramento do texto em categorias segundo reagrupamentos analógicos. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, que comporta um feixe de relações, e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. Para tanto, operacionalmente a Análise Temática desdobra-se em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e, 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁶

RESULTADOS

A população estimada para a pesquisa era composta por 22 elementos (100%), porém a amostra do estudo foi constituída por 13 (50,09%) destes que concordaram em participar como sujeitos da pesquisa. Não houve participação das 2 dentistas, de 1 médico, da farmacêutica, da técnica de higiene bucal e de 4 agentes comunitários de saúde da equipe multiprofissional da unidade enfocada.

Os resultados apresentados a seguir são referentes à amostra pesquisada, ou seja, os 13 profissionais que responderam ao questionário.

**Tabela 01. Perfil dos profissionais que participaram como sujeitos da pesquisa.
 ESF Vila Haro, Três Lagoas – MS, 2013.**

Variáveis		Nº de Profissionais	%
1. Faixa Etária	25 I a 30	2	15,38
	30 I a 35	4	30,77
	35 I a 40	2	15,38
	40 I a 45	1	7,69
	45 I a 50	2	15,38
	50 I a mais	2	15,38
	Total	13	100,00
2. Sexo	Masculino	2	15,38
	Feminino	11	84,62
	Total	13	100,00
3. Escolaridade	Ensino médio	3	23,08
	Ensino técnico	4	30,77
	Superior incompleto	2	15,38
	Superior completo	4	30,77
	Total	13	100,00
4. Categoria Profissional	Enfermeiro	2	15,38
	Médico	1	7,69
	Técnico de Enfermagem	4	30,77
	Auxiliar de Farmácia	1	7,69
	Agente Comunitário de Saúde	5	38,47
	Total	13	100,00
5. Tempo de atuação na ESF Vila Haro	Até 5 anos	8	61,54
	5 I a 10 anos	3	23,08
	10 I a 15 anos	2	15,38
	Total	13	100,00
6. Foi capacitado para a Educação em Saúde	*Sim	5	38,46
	Não	4	30,77
	Não respondeu	4	30,77
	Total	13	100,00
7. Participa de ações educativas junto aos diabéticos e hipertensos	Sim	9	69,24
	Não	2	15,38
	Não respondeu	2	15,38
	Total	13	100,00

* Reuniões com enfermeiras / estudo por conta própria.

Nos dados da Tabela 1, observa-se que a faixa etária dos sujeitos está distribuída entre 25 a mais de 50 anos, com predominância de 4 (30,77%) elementos que estão na faixa de 30 a 35 anos de idade. Quanto ao sexo, 2 (15,38%) são do masculino e 11 (84,62%) são do feminino. A escolaridade dos sujeitos ficou assim distribuída: 3 (23,08%) possuem ensino médio, 4 (18,18%) possuem ensino técnico, 2 (15,38%) possuem ensino superior incompleto e 4 (18,18%) possuem ensino superior completo.

Dentre os sujeitos da pesquisa, 2 (15,38%) são enfermeiros, 1 (7,69%) é médico, 4 (30,77%) são técnicos de enfermagem, 1 (7,69%) é auxiliar de farmácia e 5 (38,47%) são agentes comunitários de saúde. O tempo de atuação profissional na ESF Vila Haro

apresentou maior incidência na faixa de até 5 anos visto que 8 (61,54%) dos profissionais se encontravam nessa situação, 3 (23,08%) na faixa de 5 até 10 anos e 2 (15,38%) na faixa de 10 até 15 anos.

Quando perguntados sobre ter recebido capacitação específica para trabalhar com Educação em Saúde, 5 (38,46%) dos sujeitos afirmaram que sim, 4 (30,77%) afirmaram que não e 4 (30,77%) não responderam à questão. Sobre a participação em ações educativas junto aos diabéticos e hipertensos, 9 (69,24%) responderam participar, 2 (15,38%) responderam não participar e 2 (15,38%) não responderam à questão.

Tabela 02. Caracterização das ações educativas realizadas junto aos diabéticos e hipertensos da ESF Vila Haro, Três Lagoas – MS, 2013.

Variáveis		Nº de Profissionais	%
1. Tecnologias educativas realizadas	Palestras	5	38,46
	Dinâmicas grupais	2	15,38
	Filmes	--	--
	Orientação individual	9	69,24
	Outras*	3	23,08
2. Identificam dificuldades para a realização de ações educativas	Sim	8	61,54
	Não	1	7,69
	Não respondeu	4	30,77
	Total	13	100,00
3. Identificam pontos positivos acerca da realização de ações educativas	Sim	8	61,54
	Não	1	7,69
	Não respondeu	4	30,77
	Total	13	100,00

*Outras tecnologias: Avaliação individual e coletiva / Café com roda de dúvidas após a palestra / Música para atrair os usuários.

A caracterização das ações educativas realizadas junto aos diabéticos e hipertensos da ESF Vila Haro, apresentada na Tabela 02, demonstra que dentre as tecnologias educativas utilizadas pelos profissionais a orientação individual foi a predominante, pois 9 (69,24%) sujeitos referiram utiliza-la, 5 (38,46%) utilizam também as palestras, apenas 2 (15,38%) utilizam dinâmicas grupais e 3 (23,08%) se referiram a outras tecnologias tais

como: avaliação individual e coletiva, café com roda de dúvidas após a palestra e música para atrair os usuários. Nenhum dos profissionais se referiu à utilização de filmes como recurso educativo.

Sobre a identificação de dificuldades para a realização de ações educativas, 8 (61,54%) sujeitos responderam que sim, 1 (7,69%) respondeu que não e 4 (30,77%) não responderam à questão. Os mesmos resultados foram registrados acerca da identificação de

pontos positivos acerca da realização de ações educativas.

A Análise Temática com abordagem qualitativa, efetuada nos discursos em resposta às questões abertas feitas aos sujeitos da pesquisa, possibilitou a criação das seguintes categorias de significados: 1) Dificuldades para a realização de Educação em Saúde; 2) Aspectos positivos observados em relação às ações educativas; 3) Outras percepções sobre Educação em Saúde na prática profissional.

CATEGORIA 1 - Dificuldades para a realização de Educação em Saúde:

Na pesquisa, foi possível verificar quais são as dificuldades encontradas pelos profissionais em relação à realização de Educação em Saúde na ESF em que atuam. Nesse enfoque, foram identificadas algumas subcategorias, que estão exemplificadas com fragmentos de significados desvelados nos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Falta de pessoal / espaço físico: *Há falta de espaço físico e pessoal; Falta de espaço, local adequado, Sim, falta de profissionais e investimentos; Técnicos e enfermeiro sobrecarregados de trabalho; As ações educativas não são feitas corretamente,*

pois as enfermeiras não têm tempo para realiza-las...

Não aceitação do diagnóstico:

Tem pacientes que não aceitam o diagnóstico e, por isso, não têm interesse em aprender sobre a(s) doença(as) e como controla-la(s)... ; Os pacientes aceitam o convite, mas acabam não comparecendo para as orientações.

Dificuldade para vir à unidade: *Muitos pacientes moram longe; Não veem devido ao trabalho; São idosos e não têm quem os acompanhem; Falta de comprometimento familiar.*

CATEGORIA 2 - Aspectos positivos considerados pelos profissionais em relação às ações educativas para a saúde:

Nas respostas dos sujeitos, foi possível categorizar os aspectos positivos que os mesmos atribuem às ações de Educação em Saúde, emergindo a subcategoria:

Mudança de atitudes: *Diminui o numero de consultas e queixas; O paciente passa a entender melhor o processo saúde – doença, melhorando o uso de medicação; Mudança no hábito de vida; Aceita e entende a nova condição de saúde; Melhora o aprendizado da população e a aceitação da doença; Quando participam da palestra, acabam*

aprendendo algo...; Ficam conscientizados, e entendem os riscos da doença quando não tratada; Aprendem que tem como se tratar, se conscientizam de tudo quem tem direito, como por exemplo, acesso aos medicamentos que o SUS oferece.

CATEGORIA 3 - Outras percepções sobre Educação em Saúde na prática profissional:

Quando estimulados a comentarem sobre a Educação em Saúde em sua prática profissional, em seus discursos, os sujeitos da pesquisa apresentaram considerações que foram subcategorizadas conforme estão descritas:

Profissionais educadores:

Já foi dito que o enfermeiro é um educador nato, porém devido a confusões semânticas, por vezes ele também é aconselhador, e nessa situação é importante que seja capacitado;

Gostaria de poder voltar a realizar atividades em grupos, ensinar sobre a importância do dentista, boa nutrição, entre outros;

Trabalhar palestras com gestantes, para prepara-las melhor...;

Fazer visitas às gestantes, e acompanhamento mais específicos para certos casos;

Passar informações básicas de higiene e conscientizar sobre

cuidados que são necessários para se começar ter saúde.

Necessidade de mudanças:

Gostaria de modificar a forma de atendimento e ampliar as estratégias de promoção à saúde;

Maiores condições da unidade para auxiliar os agentes comunitários a atenderem melhor os pacientes das suas áreas;

Deveria planejar temas de interesse para ser abordado nas visitas, conseguir abordar todos os assuntos que interessam aos pacientes;

Nem sempre as palestras causam impacto, é preciso repensar como está sendo feita a Educação em Saúde...

DISCUSSÃO

No presente estudo, os dados mostraram que a maior quantidade dos profissionais que participaram é do sexo feminino (84,62%), característica esta frequentemente verificada nas equipes de ESF em outros contextos. A caracterização do perfil da amostra quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, categoria profissional e tempo de atuação na ESF, não apresenta

relevância em relação ao objetivo principal proposto para a pesquisa.

Dentre os sujeitos, constatou-se que somente 38,46% dos mesmos afirmaram ter recebido capacitação para trabalhar com Educação em Saúde, no entanto, apenas por meio de reuniões com enfermeiras e/ou estudo por conta própria. Essa realidade identificada não atende aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que preconiza ser a Educação em Saúde a principal ferramenta capaz de promover a saúde da população por meio da adoção de um estilo de vida saudável.

A equipe de saúde da família deve estar capacitada para executar as atividades de Educação em Saúde⁴ e, a capacitação dos profissionais é muito importante, já que dedicar um espaço para a atuação em ações educativas propulsionará a população a desenvolver conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde⁷. Para isso os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas - dentre as quais se situa a Educação em Saúde.⁸

Verificou-se também que 69,24% dos sujeitos responderam

participar em ações educativas, diferente do estudo que teve como objetivo levantar as causas da baixa oferta das ações educativas realizadas pelas equipes de ESF em oito municípios, dos quais apenas dois realizavam atividades educativas de maneira sistematizada.⁹

Quanto à caracterização das ações educativas realizadas pelos profissionais junto aos diabéticos e hipertensos da ESF Vila Haro, os dados demonstraram que a orientação individual foi a estratégia predominante. A esse respeito, considera-se que as estratégias educativas devem ser iniciadas no primeiro contato com o paciente, através de consultas realizadas com a equipe multiprofissional, sendo esse contato de grande importância para aumentar a adesão ao tratamento e fornecer explicações individualizadas¹⁰.

As ações educativas podem ser tanto formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços quanto informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas. As práticas educativas podem consistir desde consultas individuais, palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, até em reuniões de grupos de usuários com características comuns.^{4,11}

Observou-se ainda, que 38,46% dos sujeitos informaram utilizar palestras como estratégia de Educação em Saúde, opção essa que já não atende à tendência contemporânea da utilização de metodologias ativas nos processos educativos. A utilização de dinâmicas grupais, que são consideradas bastante adequadas para o processo educativo, foi referida por 15,38% dos sujeitos.

A Educação em Saúde tem como base a prevenção de doenças e como foco da ação a mudança de comportamento. Assim, deve ser trabalhada com uma perspectiva moderna de educação, de modo a despertar a consciência crítica das pessoas e grupos sociais e envolvê-los nos aspectos relacionados à saúde por meio de descobertas e reflexões sobre a realidade, despertando-os para a percepção de estabelecer relações e resolver possíveis problemas identificados como suas reais necessidades de saúde. Dessa maneira, a prática educativa é uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem o autocuidado, tornando os indivíduos aptos a se responsabilizar pela sua saúde.¹²

Ainda com foco na análise quantitativa dos dados deste estudo, identificou-se que 61,54% dos

profissionais encontram dificuldades para realização de ações educativas, situação essa que pode ser explicada por uma pesquisa que teve por objetivo relatar a experiência de sistematização e implementação da Educação em Saúde para portadores de doenças crônicas não transmissíveis numa equipe de ESF, a qual explica que as dificuldades enfrentadas podem ser pela falta de capacitação no processo de educação e comunicação em saúde em grupo.¹³

Quanto aos dados qualitativos, a análise temática efetuada nos discursos possibilitou a identificação da categoria de significados “Dificuldades para a realização de Educação em Saúde”, na qual emergiram as subcategorias: falta de pessoal e de espaço físico; não aceitação do diagnóstico pelos pacientes e; dificuldades para vir à unidade de saúde.

Visando amenizar a dificuldade de alguns pacientes em comparecerem na unidade de saúde para participar de ações educativas, a visita domiciliária é um excelente instrumento a ser utilizado no processo de Educação em Saúde, por ser um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de

saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, nos seus próprios domicílios.¹⁴

Outra categoria de significados identificada foi “Aspectos positivos considerados pelos profissionais em relação às ações educativas em saúde”, tais como: diminuição do número de consultas e queixas; entendimento do paciente sobre o processo saúde-doença melhorando o uso de medicação; mudança nos hábitos de vida dos pacientes; aceitação e entendimento da nova condição de saúde; conscientização sobre riscos da doença quando não tratada; pacientes aprendem que tem como se tratar, se conscientizam de tudo quem tem direito, como por exemplo, acesso aos medicamentos que o SUS oferece.

Corroborando esses achados, numa pesquisa foi observado que após intervenção educativa, independente da metodologia adotada, os portadores de Diabetes melito participantes do estudo apresentaram melhora significativa nos parâmetros clínicos como peso, glicemia, hemoglobina glicada e pressão arterial.¹⁵ Ainda, foi comprovado através do estudo que envolvia estratégias educativas voltadas para o adolescente diabético, que a mesma pode proporcionar melhora do

conhecimento e aumento da intenção de mudança de hábitos.¹¹

A categoria de significados “Outras percepções sobre Educação em Saúde na prática profissional”, agregou a subcategoria “profissionais educadores”, na qual os sujeitos da pesquisa expressam sua vontade de atuar como educadores para a saúde dos usuários com os quais estão envolvidos profissionalmente, bem como a subcategoria “necessidade de mudanças”, na qual verbalizam sugestões voltadas para mudanças que venham possibilitar a implementação de ações educativas de forma sistematizada e eficiente.

Embora não exista legislação que indique como um imperativo o desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais da saúde, em função do conhecimento adquirido no meio acadêmico que os instrumentaliza no conhecimento dos processos de adoecimento humano e, conseqüentemente, nas diversas e abrangentes formas de preveni-los, estes têm assumido o desafio de educar para a saúde.¹⁶

Nessa direção, o enfermeiro tem se constituído como um importante agente de ações educativas em saúde, sobretudo, nos espaços

institucionalizados de saúde. Pelo conhecimento amplo e contextualizado, específico de sua formação, o enfermeiro pode ser considerado um profissional qualificado para propor e redefinir as práticas de saúde, por meio de ações educativas voltadas tanto para a organização do processo de trabalho em saúde, quanto para o fomento de práticas sociais empreendedoras, voltadas para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.¹⁷

Quanto à necessidade de mudanças nas práticas educativas, considera-se que para os processos educativos em saúde acontecerem de forma comunicacional, transformadora e, portanto, efetiva, a capacitação técnica dos profissionais não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, em suas ações educativas visto que, cada situação requer um modelo de ensino apropriado, o que requer dos profissionais a constante reflexão crítica acerca de sua prática educativa cotidiana, a fim de torná-la aplicável ao contexto dinâmico no qual está inserido.¹⁸

CONCLUSÃO

Na pesquisa, foi possível verificar dificuldades encontradas pelos profissionais em relação à realização de Educação em Saúde na ESF, tais como falta de pessoal e espaço físico, não aceitação dos pacientes quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes, bem como, dificuldade para irem à unidade de saúde. Denotam-se aspectos positivos considerados pelos profissionais em relação às ações educativas para a saúde como a mudança de atitudes por parte dos clientes, assim como considerarem-se profissionais educadores.

Notadamente, a educação em saúde na ESF ainda ocorre permeada de contradições, e, para exercê-la, os profissionais de saúde, precisam considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas limitadas ao ensinamento de comportamentos saudáveis. É preciso despertar nos profissionais o interesse pela educação em saúde mais efetiva e resolutiva, por meio da integração destas ações com a comunidade.

Concluiu-se que, os profissionais atribuem importância à educação em saúde, no entanto revelam insatisfação quanto à maneira que esta prática vem sendo realizada, visto não atender aos

pressupostos metodológicos pertinentes à mesma, devido à sobrecarga de trabalho, à capacitação e infraestrutura inadequadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.
2. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2007; p.18-29.
3. Pedrosa JIS. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2007; p.13-17.
4. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. 2005; 9(16): 39-52.
5. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informe técnico: hipertensão arterial e diabetes mellitus morbidade autorreferida segundo o VIGITEL, 2009 e cadastro de portadores do SIS-hiperdia, 2011*; [Internet] 55. [Acesso em 2012 jul 05]. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/geral/p revalencia01_2011.pdf.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco; 1994.
7. Rodrigues FFL, et al. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(4).

8. Mendes A, Marques RM. O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho? Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? Cad. Saúde Pública. 2002 Nov-Dez; 18(6): 1809-1811.
10. Reis L, Pereira M. A Importância Do Profissional Enfermeiro Na Adesão Ao Tratamento Da Hipertensão Arterial Sistêmica No Adulto. FACIDER. Revista Científica. 2014. [Internet]. [Acesso em 2014 jul 17]. Disponível em: <http://seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/58>.
11. Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 4(1): 1453-1462.
12. Souza LM, Wergner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo no contexto domiciliar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15 (2): 337-43.
13. Torres HC, Monteiro MRP. Educação Em Saúde Sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis No Programa Saúde Da Família Em Belo Horizonte/Mg. REME – Rev. Min. Enf. 2006 out/dez; 10(4): 402-406.
14. Vasconcellos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p.11-19.
15. Brown, et al. Integrating Education, Group Support, and Case Management for Diabetic Hispanics. Ethn Dis. 2011 ; 21(1): 20–26.
16. Colomé JS, Oliveira DLLC. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2008 Set; 29(3): 347-53.

17. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3):341-7.

Enfermagem. 2011 Out-Dez; 20(4): 782-787.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-07-02
Last received: 014-07-14
Accepted: 2014-08-05
Publishing: 2014-10-31

Corresponding Address

Bruna Amaral Mattos
Endereço para correspondência: Av. Ranulpho Marques Leal, 3484. Distrito Industrial
CEP 79620-080, Três Lagoas, MS.
Tel.: (67)3509-3772.
E-mail: brunaamaralm@hotmail.com

18. Silva ARV, et al. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. Texto Contexto